

**Educação em saúde provida pelo enfermeiro ao cuidador à luz do pensamento
ecossistêmico**

Health education provided by the nurse to the career in the light of ecosystem thinking

**Educación en salud proporcionada por la enfermera a la carrera a la luz del
pensamiento del ecosistema**

Recebido: 18/02/2020 | Revisado: 02/03/2020 | Aceito: 04/03/2020 | Publicado: 20/03/2020

Saul Ferraz de Paula

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9985-9792>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: saul.ferraz@hotmail.com

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2167-7278>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: hedihsiqueira@gmail.com

Adriane Calveti Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8403-9644>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: adrianecalveti@gmail.com

Rosiane Filipin Rangel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4059-4176>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: rosianerangel@yahoo.com.br

Sidiane Teixeira Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7741-6309>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: sidiane.enf@hotmail.com

Vanessa Soares Mendes Pedroso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2400-7955>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: vanessasoaresmendes@gmail.com

Resumo

O presente estudo tem como objetivo analisar, na visão do cuidador, a educação em saúde provida pelo enfermeiro, durante o período de internação do usuário com doença crônica não transmissível para a continuidade do cuidado no domicílio, à luz do Pensamento Ecológico. Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa. Coleta de dados por entrevista semiestruturada. A análise, seguiu as etapas do método da Análise Temática. As ações educativas, não são vistas como atributos inerentes à prática de trabalho dos enfermeiros, e, quando realizada pelo enfermeiro, é de forma fragmentada e pontual, ancorada no modelo biomédico em saúde. A educação em saúde, provida pelo enfermeiro, necessita transcender as limitações do modelo cartesiano, prescritivo e determinístico. Recomenda-se ancorar as ações em saúde nos princípios do Pensamento Ecológico, a partir de sua compreensão sistêmica e contextualizada, possibilitando superar as lacunas apontadas pelos cuidadores dessa pesquisa.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Enfermagem; Cuidadores; Ecossistema; Doença Crônica; Assistência Domiciliar.

Abstract

To analyze, in the view of the caregiver, the health education provided by nurses during the hospitalization period of the user with non-communicable chronic disease for the continuity of care at home, in the light of Ecosystem Thinking. Descriptive, exploratory and qualitative research. Data collection by semi-structured interview. The analysis followed the thematic analysis method steps. Educational actions are not seen as inherent attributes of nurses' work practice and, when performed by nurses, are piecemeal and anchored in the biomedical health model. Health education, provided by nurses, needs to transcend the limitations of the Cartesian, prescriptive and deterministic model. It is recommended to anchor health actions in the principles of Ecosystem Thinking, based on their systemic and contextualized understanding, enabling the gaps pointed out by the caregivers of this research to be overcome.

Keywords: Health Education; Nursing; Caregivers; Ecosystem; Chronic disease; Home Care.

Resumen

Analizar, desde el punto de vista del cuidador, la educación sanitaria brindada por las enfermeras durante el período de hospitalización del usuario con enfermedad crónica no transmisible para continuidad de la atención en el hogar, a la luz del Ecosystem Thinking. Investigación descriptiva, exploratoria cualitativa. Recolección de datos por entrevista semiestruturada. El análisis siguió pasos del método de análisis temático. Las acciones

educativas no son vistas como atributos inherentes la práctica laboral de las enfermeras, cuando son realizadas por enfermeras, son poco sistemáticas ancladas el modelo biomédico de salud. La educación en salud, impartida por enfermeras, debe trascender las limitaciones del modelo cartesiano, prescriptivo y determinista. Se recomienda anclar las acciones de salud los principios del Pensamiento del Ecosistema, en función de su comprensión sistémica contextualizada, permitiendo superar brechas señaladas por los cuidadores de esta investigación.

Palabras clave: Educación en Salud; Enfermería; Cuidadores; Ecosistema; Enfermedad crónica; Cuidados en el hogar.

1. Introdução

A Educação em Saúde (ES) encontra-se em evidência nos diversos espaços/ambientes de produção em saúde. Vista como um campo de conhecimento e de prática na área da atenção à saúde, busca promover e prevenir as doenças nos múltiplos níveis de complexidade do processo saúde-doença-cuidado. Assim, é reconhecida como uma estratégia para o enfrentamento dos diversos problemas de saúde que afetam as populações e seus contextos sociais (Ramos et al., 2018). Para tanto, entende-se que a ES atinge dimensões além do biológico e do social, considerando, também, a necessidade de mobilizar fatores políticos, econômicos, culturais e ambientais, educacionais, entre outros.

Nessa perspectiva, a ES é respeitada como uma das competências do enfermeiro para a produção do cuidado, tendo como ancoragem o processo de ensino-aprendizagem atrelado ao desenvolvimento da profissão. Desta forma, a ES tem fundamentado a prática de cuidado do enfermeiro com o usuário de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que, carece envolver não só o usuário, como também a sua rede de relações e interações: as famílias, os cuidadores, os amigos, a equipe de trabalho, o espaço em que vive, entre outros (Lavich et al., 2018; Siqueira et al., 2018; Siqueira et al., 2019; Pedroso et al., 2019).

Ao estabelecer as inter-relações que configuram os aspectos demográficos, epidemiológicos e ambientais, as evidências científicas apontam para um aumento das DCNT no processo saúde-doença-cuidado dos usuários (Brasil, 2011; WHO, 2014; Malta et al. 2016).

Nesse processo, as DCNT se caracterizam por seu aspecto multifatorial e seu desenvolvimento acontece, fundamentalmente, ao longo da vida e no espaço no qual vive, trabalha e se desenvolve, ou seja, no seu ecossistema (Brasil, 2011; Zamberlan et al., 2018; Siqueira et al., 2018; Siqueira et al., 2019; Pedroso et al., 2019). O vocábulo ecossistema é

composto pela palavra *eco*, que deriva do grego *oikos*, = *espaço e system* = sistema que significa um conjunto de elementos que interagem, são interligados formando uma totalidade/unidade que se influenciam mutuamente e são interdependentes (Siqueira et al., 2018).

O princípio ecossistêmico da interação de todos os elementos que compõem o espaço do usuário, chama atenção para a competência profissional do enfermeiro em relação a ES ao usuário com DCNT, pois essas doenças, geralmente, estão diretamente ligadas a fatores de riscos evitáveis. Nesse sentido, pode-se assinalar que as ações educativas do enfermeiro, à luz do Pensamento Ecossistêmico (PE), precisam compreender que o ser humano faz parte e se constitui em um dos elementos da natureza, mas que o conjunto, a totalidade dos fatores inerentes ao espaço que ocupa, influenciam e interferem, de forma processual, na prevenção, promoção e recuperação da saúde (Backes et al., 2018; Zamberlan et al., 2018; Siqueira et al., 2018; Siqueira et al., 2019; Pedroso et al., 2019).

As DCNT, dentre elas às cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda (WHO, 2011; 2018). Com base nesses dados estatísticos, o Brasil lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil, período previsto para 2011-2022. O documento, entre as principais ações de enfrentamento, aponta para a necessidade de mudanças nos fatores de risco patológicos modificáveis, bem como, estratégias de ação capazes de estreitar vínculos entre os usuários com DCNT, cuidadores e equipes de saúde em todos os níveis de atenção (Malta et al. 2016).

Para vencer esses desafios, faz-se necessário que a ES seja direcionada às necessidades do usuário e de seu cuidador, com aportes teóricos e metodológicos capazes de atender as demandas decorrentes do processo saúde-doença-cuidado, em seu ecossistema domiciliar, após a alta hospitalar. Essa estratégia possibilita mobilizar as ações educativas do enfermeiro, junto aos cuidadores, que possam subsidiar os cuidados ao usuário com DCNT e, assim evitar as internações recorrentes, os agravos à saúde, como também, promover melhorias na qualidade de vida para o usuário, para os cuidadores e seus familiares.

As ações educativas do enfermeiro à luz do PE não podem ser prescritivas, inflexíveis, imutáveis e impostas de maneira impessoal. Para tanto, é necessário contextualizá-las no tempo/espaço no qual o usuário vive e se desenvolve. No contexto domiciliar do usuário, há necessidade de considerar os elementos bióticos/sociais e abióticos/físicos que compõem esse espaço/ambiente (Zamberlan et al., 2018; Siqueira et al., 2018; Siqueira et al., 2019).

Ao entender as interações entre os elementos constituintes do espaço/ambiente, do viver humano, como possibilidades relacionais interativas e produtoras de saúde, cujos elementos constituintes do processo saúde-doença-cuidado se influenciam e são influenciados de forma contínua e processual, os princípios do PE de interdependência, inter-relação e cooperação, tornam o processo de ES aberto, dinâmico, flexível, inacabado (Zamberlan et al., 2018; Siqueira et al., 2018; Siqueira et al., 2019)

Assim, o enfermeiro precisa capacitar o usuário, cuidador e familiares para o desenvolvimento de habilidades que possam permitir as adaptações necessárias para lidar com o enfrentamento do processo patológico, controle dos agravos e a tomada de decisões no ecossistema domiciliar (Zamberlan et al., 2018; Siqueira et al., 2019; Pedroso et al., 2019).

Entretanto, percebe-se lacunas do conhecimento relacionadas a forma como a ES é realizada pelo enfermeiro ao cuidador de usuário com DCNT, no espaço/ambiente hospitalar, habilitando-o para dar continuidade ao tratamento no domicílio, sem contextualizá-las no espaço/tempo.

Diante da relevância da temática, este estudo tem como objetivo: Analisar, na visão do cuidador, a educação em saúde provida pelo enfermeiro, durante o período de internação do usuário com doença crônica não transmissível para a continuidade do cuidado no domicílio, à luz do Pensamento Ecológico.

2. Metodologia

Pesquisa exploratória, descritiva, abordagem qualitativa, com aporte teórico-metodológico n PE, que busca, a partir do conhecimento dos elementos emergidos das relações e interações entre os participantes, a compreensão das inter-relações e interconexões, numa visão integradora, capaz de configurar, a partir da análise e interpretação, inúmeras possibilidades de ações educativas positivas.

O cenário de seleção dos participantes foram duas unidades de clínica médica de dois hospitais localizados no extremo Sul do Brasil, ambos hospitais gerais sendo um deles Hospital Universitário (HU) com atendimento 100% SUS, vinculado à uma Universidade Federal – identificado como (A) e o outro, pertencente a um complexo hospitalar de caráter filantrópico – identificado como (B), com atendimentos particulares, por convênios e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Inicialmente, foram realizadas visitas diárias a cuidadores de usuários com DCNT internados nos meses de outubro e novembro de 2016, nas referidas unidades de internação.

No primeiro contato com os possíveis participantes, explicou-se os objetivos da pesquisa e listados os possíveis participantes em uma planilha, construída especificamente para esse estudo registrando: nomes, telefones e endereços dos cuidadores que, posteriormente a alta do usuário com DCNT, estavam interessados em contribuir com a pesquisa. As visitas às unidades de internação para a seleção de participantes continuaram a acontecer concomitantemente a coleta de dados, ou seja, conforme as altas hospitalares dos usuários com DCNT aconteciam, era realizado contato com os cuidadores dos pacientes, que haviam demonstrado interesse em participar da pesquisa e prosseguia-se a coleta de dados no domicílio dos cuidadores. Dessa maneira, durante o período de busca dos possíveis participantes da pesquisa, foram selecionados 20 cuidadores interessados em participar.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: possuir idade mínima de 18 anos, ser cuidador domiciliar do usuário com DCNT cerebrovasculares, cardiológicas e/ou respiratórias e câncer, residir na cidade da pesquisa, aceitar participar da pesquisa, permitir a divulgação dos dados em trabalhos científicos. E como critérios de exclusão: cuidadores de usuários que não recebessem alta para o domicílio, durante o período da coletada de dados, possuir formação na área da saúde, cuidador de usuário com DCNT associada à Doença Crônica Transmissível.

A amostra final foi constituída de 8 cuidadores, pois dos 20 cuidadores interessados em participar da pesquisa, 02 usuários foram a óbito e 02 foram transferidos para uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), 01 reinternou antes da coleta dos dados, 05 desistiram de participar e 02 não atenderam as ligações telefônicas.

A coleta de dados foi presencial, no domicílio dos cuidadores, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Essa técnica assevera que ela faz parte da relação mais formal do trabalho de campo, onde o pesquisador busca informações por meio das falas dos participantes. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para que se procedesse a análise do material coletado.

Observou-se o método da saturação das informações. Esse método baseia-se no critério de que existe um número limitado de versões da realidade, e quando as ideias começam a se repetir, há possibilidade de suspender a coleta de dados. No presente trabalho, houve saturação a partir da 6ª entrevista, entretanto, para confirmação, optou-se em prosseguir com mais duas entrevistas, que ratificaram a saturação (Minayo, 2014). Dessa maneira, não houve necessidade de selecionar mais participantes.

Os dados foram analisados e interpretados pela técnica de análise temática, esta modalidade de análise abarca três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2014). Apoiado nesse referencial metodológico, as

entrevistas realizadas foram transcritas e apreciadas em sua totalidade, porém foi realizada uma triagem desenvolvida por meio de leituras similares. Desta forma, foi possível identificar a existência e/ou ausência e a frequência de dados pretendidos com a questão norteadora e os objetivos da temática proposta. Posteriormente a leitura dos dados expostos, decorrentes da transcrição das entrevistas, foi selecionado, termos ou frases de maior representatividade em relação aos aspectos direcionados a questão norteadora e objetivos, onde os mesmos foram agrupados conforme as categorias pré-estabelecidas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), com o Parecer n. 124/2016. Respeitou-se os preceitos éticos de acordo com a resolução nº 466/12 (Brasil, 2012). O sigilo dos participantes foi preservado por meio da codificação de seus depoimentos identificados como (ac1, ac2, bc1, bc2...).

3. Resultados

Por meio da coleta de dados realizada com os 08 participantes, emergiram duas categorias: modalidades educativas utilizadas pelos enfermeiros para empoderar o cuidador domiciliar e fontes alternativas de ES utilizadas pelo cuidador.

Modalidades educativas utilizadas pelos enfermeiros para empoderar o cuidador

Os cuidadores ao serem questionados a respeito de como acontece a ES por parte do enfermeiro e/ou da equipe de enfermagem, durante o período de internação em unidade hospitalar dos usuários, apontam, conforme evidenciado nas falas que as ações de educação em saúde principiam a partir de dúvidas dos próprios cuidadores. Assim, as ações educativas no contexto hospitalar, não se caracterizam como essenciais ao trabalho do enfermeiro e/ou da equipe de enfermagem.

A gente perguntava sobre a medicação, se ia dar alguma reação[...]procurava a enfermagem para tirar dúvidas, daí elas explicavam, mas se não for para tirar as dúvidas elas (equipe de enfermagem) não vem (bc1).

Quando a gente pergunta, elas falam (enfermagem) orientam não se negam a nada (bc2).

Eu só sabia das coisas porque eu perguntava (bc4).

Elas (equipe de enfermagem) explicaram sobre aquela injeção que ele tem de fazer na barriga (insulina), mas elas falaram porque meu marido perguntou (bc6).

Nunca me falaram nada sem eu perguntar (bc7).

Ao serem questionados a respeito de quem fornecia a ES, para sanar as suas dúvidas, na unidade de internação hospitalar, os participantes destacaram diferentes membros da equipe de saúde, conforme relatado pelos participantes. Percebe-se que a maioria dos participantes não distingue o enfermeiro dos demais membros da equipe de enfermagem. Desta forma, constata-se, conforme falas a seguir, que a ES é desenvolvida pela equipe multidisciplinar, porém o enfermeiro, na maioria das falas, não é identificado como educador.

O médico da radioterapia nos orientou, em relação aos cuidados e as reações que poderia ter[...]o óleo de girassol para passar na ferida (lesão de pele), as enfermeiras (refere-se a equipe de enfermagem) falaram que era bom usar este óleo (bc2).

Toda a orientação era a padrão (enfermeira) que dava, então quando tínhamos dúvidas, nos reportávamos a ela (bc3).

A única pessoa que chegava lá (na unidade de internação) e nos dava algumas orientações era o residente e de medicina (bc4).

Em relação a orientações, a estudante de medicina veio e nos orientou, só ela, os enfermeiros não. Acredito que eles (enfermagem) davam preferência de passar informações para quem não tinha ninguém para cuidar, mas o tratamento em si foi bom (ac1).

O residente que falou para o pai algumas coisas, mas a enfermagem não (bc7).

Em relação ao que foi considerado, em relação a ES para os cuidadores no ambiente hospitalar, foi questionado se em algum momento eles foram indagados a respeito das condições do domicílio do usuário para dar continuidade no tratamento.

Evidenciou-se, conforme os relatos dos participantes, que nenhum foi questionado a respeito das condições do ambiente domiciliar para o desenvolvimento dos cuidados após a alta hospitalar. As informações recebidas pelos cuidadores, apontam que o ecossistema domiciliar, em que o cuidador e usuário estão inseridos é desconsiderado nas ações de ES, pois as mesmas possuem como base o modelo biomédico, pontuais e descontextualizadas.

Sobre as condições do domicílio, não foi perguntado nada, eles (equipe de enfermagem), só falavam da medicação se poderia dar reação (bc1).

Não perguntam nada sobre o domicílio, só o cuidado mesmo, em casa não tem nada a ver, eles (enfermagem) nem querem saber sobre isso. Aqui em casa não tinha onde pendurar a alimentação dela (mãe), e, como sou carpinteiro eu fiz esse suporte para pendurar a dieta (enteral), mas ninguém falou que eu fizesse, fiz porque vi que precisava (bc2).

Em relação a estrutura para cuidar em casa não, isso não foi perguntado (bc3).

Não, nunca perguntaram nada, elas (enfermagem) não sabem nada de nós[...]só chegavam, faziam a medicação e iam embora (bc4).

Quanto ao domicílio não, ninguém pergunta isso (ac1).

Sobre o cuidado no domicílio, a única coisa que me perguntaram era se eu tinha aspirador, pois ela ia precisar. Eles (enfermagem) nunca perguntaram nada sobre a casa e as condições que tínhamos para cuidar dela. Essa cama hospitalar por exemplo, alguém no hospital, que não lembro quem foi, me falou que eles doavam essas camas no hospital, mas a enfermagem não falou que isso facilitaria meu trabalho, a cadeira de rodas com apoio para a cabeça, tudo isso eu fui vendo e providenciando, mas ninguém me orientou a conseguir. Eu fui fazer as coisas tudo por minha conta (b5).

Das condições para os cuidados em casa, ninguém falou nada (bc6).

Em relação a isso, ninguém nunca perguntou sobre as condições da nossa casa (bc7).

Fontes alternativas de educação em saúde utilizadas pelo cuidador

Os cuidadores apontam outras fontes de ES, dentro do contexto hospitalar: a observação e escuta nas unidades de internação, entre outras. Por meio das falas é possível perceber que a permanência do cuidador em unidade de internação hospitalar, permite a eles, apreender formas para o desenvolvimento do cuidado.

Eu aprendo no olho[...]como trocar ela (mãe) [...]fui aprendendo cada vez que eles (enfermagem) vinham trocar ela eu observava[...] com a dieta, também, foi assim, no olho (bc2).

O sódio, o sal [...], da mãe estava muito abaixo de 135 e o normal era 135, isso eu sei porque gravei no hospital, o médico falando para outro acompanhante e aí eu falei para ela, que tinha que comer um pouquinho mais de sal (bc3).

Eu observava também os cuidados com ele (esposo), para depois fazer em casa (bc6).

Os cuidadores mencionaram procurar informações a respeito de cuidados e dúvidas sobre a saúde, fora do contexto hospitalar, por meio de informações de outras pessoas de suas relações e por meio da *internet*, conforme explícito nas falas. Destaca-se que 06 dos 08 entrevistados fazem uso e avaliam a *internet* como importante ferramenta para sanar suas dúvidas a respeito dos cuidados com seus familiares.

Hoje mesmo, eu fui pesquisar algumas coisas na internet, o suco, qual é bom para ela (mãe) tomar, eu estou sempre atrás do conhecimento (bc1).

O ano passado ele (pai) começou a fazer insulina e eu trouxe um amigo que é diabético e que faz uso de insulina, esse meu amigo ensinou como usava a caneta, ensinou que pode fazer na barriga, no braço, dentro da perna, também, eu busco muito, estudo pela internet (bc4).

As dúvidas que eu tenho, eu corro para a internet, o óleo mesmo, eu pesquisei na internet e depois que a mãe foi para o hospital eu nunca mais usei o óleo, a internet é uma boa ferramenta para mim (sc1).

Eu participo de um grupo no WhatsApp, este grupo tem familiares, mãe, esposa, irmãos e pessoas que estão em tratamento, assim como minha filha e neste grupo a gente troca ideias[...] aprende muita coisa, é um grupo muito estimulante (bc5).

Eu fiquei com dúvida a respeito de uma medicação que não me explicaram, então eu fui para o Google (bc7).

4. Discussão

No âmbito da ES, os enfermeiros são responsáveis pelo planejamento do cuidado, considerando as necessidades individuais dos usuários e do cuidador familiar, visando à continuidade dos cuidados no domicílio (Nogueira et al., 2016). Desta forma, o planejamento precisa envolver a tomada de decisão compartilhada e requer que os usuários e seus cuidadores estejam envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. Este pode ser visto como estratégia para o desenvolvimento de ações educativas, capazes de possibilitar aos indivíduos o conhecimento para desenvolverem as habilidades necessárias ao empoderamento em relação ao cuidado no ambiente domiciliar (Barello et al., 2016; Cerezo, Juvé-Udina & Delgado-Hito, 2016).

Conforme os dados da presente pesquisa, cuidadores apontaram os membros da equipe multidisciplinar como protagonistas das ações de ES. Neste sentido, somente 01 cuidador identificou e caracterizou o enfermeiro como responsável por ter desenvolvido ações educativas durante o período de internação de seu familiar, a partir de suas dúvidas.

Estudo semelhante, realizado com usuários hipertensos, em um Hospital Terciário do Ceará, sobre seus conhecimentos para o autocuidado, apontou que a ES é uma prática fundamental e que precisa ser desenvolvida por toda a equipe multidisciplinar, mas, especialmente, pelo enfermeiro (Araújo-Girão et al., 2015).

Corroborando, outros estudos acerca da ES no ambiente hospitalar, evidenciam a associação das práticas do enfermeiro com as ações de ES (Araújo-Girão et al., 2015; Azevedo et al., 2018). Este fato confirma a relação da ES com o processo de ensino-aprendizagem, indissociável às práticas do cuidado disponibilizado pelos enfermeiros. Assim, as ações educativas, vinculadas ao cuidado domiciliar, vem sendo implementadas pelo enfermeiro no sentido de contribuir para o desenvolvimento de conscientização e autonomia dos usuários e seus cuidadores, de forma a aumentar a capacidade para o autocuidado fora do ambiente

hospitalar (Mata et al.,2019). Entretanto, os resultados da presente pesquisa, apontam fragilidades na forma de estabelecer essas relações e interações de ensino-aprendizagem entre o enfermeiro, usuários e cuidadores, pois a ES ficou restrita e vivenciada por apenas 01 dos cuidadores, que mencionou a ação educativa provida pelo enfermeiro durante a internação do usuário com DCNT.

As ações de ES no contexto hospitalar, quando acontecem, foram identificadas nas falas dos participantes da presente pesquisa, como pontuais, voltadas a cura da doença, ou seja, baseadas no modelo biomédico de atenção à saúde. Assim, reforça a forte influência do paradigma biomédico/cartesiano nas ações educativas no ambiente hospitalar. Ele enfatiza que o conhecimento se encontra atrelado aos aspectos biológicos do processo saúde-doença-cuidado, de forma linear e pontual (Zamberlan et al., 2018; Siqueira et al., 2018; Siqueira et al., 2019; Pedroso et al., 2019).

Essa concepção, reforça a fragmentação e a desconexão entre o conhecimento e as formas de aprender, tendo em vista que o processo de ensino-aprendizagem para o cuidado deve estar interconectado com o PE, pois todos os seus elementos exercem influência e são influenciados, de forma mútua e permanente, sistemicamente. Para tanto, é preciso considerar a unidade/totalidade dos elementos bióticos/sociais e abióticos/físicos que compõem a rede de relações dos indivíduos e, também, o espaço/ambiente no qual estão inseridos - vivem, crescem e se desenvolvem (Siqueira et al., 2018; Zamberlan et al., 2018; Backes et al., 2018).

Nesta perspectiva, atenta-se a necessidade da ES ser desenvolvida com base no PE, pois este paradigma ancora-se nas relações e interações que se estabelecem entre os elementos pertencentes ao ecossistema domiciliar dos usuários portadores de DCNT e seus cuidadores. Partindo desse pressuposto, entende-se que as ações de ES, sustentadas por esse pensamento, possibilita superar as lacunas apontadas pelos cuidadores desta pesquisa, que relataram a necessidade de adequação do ambiente domiciliar para o cuidado após a alta hospitalar, a qual não foi considerada nas ações de ES.

Desta maneira, reitera-se a necessidade da ES basear-se nos princípios do PE que considera todos os elementos pertencentes ao espaço/ambiente em que o usuário e cuidador encontram-se inseridos, permitindo, assim, uma atenção integradora, capaz de superar a fragmentação da assistência e conduzir ações educativas que contemplem as necessidades dos usuários com DCNT frente as demandas de cuidado no domicílio.

No que se refere aos resultados que apontam as fontes alternativas de ES utilizadas pelos cuidadores, os participantes dessa pesquisa informaram a utilização da *internet* e redes sociais para pesquisas relacionadas aos cuidados com seus familiares e troca de experiências com

outros cuidadores. Assim, o fornecimento de informações aos cuidadores, evidencia a procura sobre o cuidado na *internet*, como subsidio para possibilitar a continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar.

Neste sentido, estudo (Sawyer et al., 2016), identifica que, cada vez mais, a ES para usuários e cuidadores vem incorporando, gradualmente, o conhecimento audiovisual como modo mais interativo de aprendizagem baseados na tecnologia. Pela rapidez das informações, as tecnologias móveis – *tablet* eletrônico ou plataformas baseadas em telefones inteligentes, estão se tornando uma abordagem mais aceita para a educação do usuário. Desta forma, é possível explorar o potencial de *e-learning* e mobilidade tecnológica para melhorar o processo educativo sobre a doença e o tratamento, além de promover o empoderamento para o autocuidado em usuários com doenças crônicas (Sawyer et al., 2016).

Apesar dos benefícios apontados, esses recursos tecnológicos carecem de maiores estudos e investigações, pois, além de conhecimento técnico, é necessário embasamento teórico para o desenvolvimento de interfaces que atendam às necessidades dos usuários e seus cuidadores, minimizem barreiras de acesso às tecnologias e facilitem a inclusão digital (Amorim et al., 2018).

Por outro lado, a presença do cuidador nas unidades de internação hospitalar permite-lhes, conforme suas falas, distintas formas de compreender como devem ser realizados os cuidados com seu familiar. Desse modo, a observação das atividades diárias de trabalho da enfermagem, bem como, a escuta atenta de informações repassadas a outros usuários é apontada pelos participantes desta pesquisa como uma forma de assimilar os cuidados que devem ter com seus familiares no domicílio. Em consonância, pesquisas apontam que os cuidadores aprenderam diferentes formas de cuidar no domicílio a partir da observação e pelo convívio dentro das unidades de internação hospitalar (Carvalho, Rodrigues & Braz, 2013; Zamberlan et al., 2018; Azevedo et al., 2018).

Estudos evidenciam que as ações/atividades de cuidado consideradas no cotidiano da enfermagem como corriqueiras, para o cuidador podem tornar-se verdadeiros entraves e fontes de estresse, quando o mesmo não está capacitado para desenvolver o cuidado no domicílio (Carvalho, Rodrigues & Braz, 2013; Zamberlan et al., 2018). Acredita-se que o enfermeiro possui competências e habilidades para o desenvolvimento de ações educativas com os usuários e cuidadores, permitindo a eles a participação ativa e dialógica no processo saúde-doença-cuidado. Portanto, necessita ser construído com base no que já é conhecido, observado e apreendido previamente.

Quanto as limitações deste estudo, pode-se mencionar a restrição da generalização de seus resultados e a possibilidade para evidenciar maiores contribuições dos enfermeiros na ES ao cuidador de usuário com DCNT. Portanto, a ES continua a ser um grande desafio na prática profissional do enfermeiro, a qual necessita inovar, legitimar e superar a visão fragmentada, linear e reducionista na forma como as ações educativas vem sendo reproduzidas pelo enfermeiro, no que tange ao empoderamento e capacitação dos cuidadores para gerir o cuidado aos usuários no domicílio.

5. Considerações finais

Este estudo, evidenciou que a ES provida pelo enfermeiro ao cuidador de usuário com DCNT, no ambiente hospitalar, baseiam-se em informações pontuais que não consideram a realidade do usuário e suas relações e interações com o PE domiciliar. Deste modo, as ações educativas são negligenciadas, sob uma perspectiva integradora do processo de ensino-aprendizagem, na qual é possível agregar novos conhecimentos que possam sustentar o cuidado como um sistema dinâmico, flexível, adaptativo e multidimensional.

Nessa óptica, salienta-se que a discussão à luz do PE, mostrou-se adequada para considerar as lacunas da fragmentação das ações de ES praticada pelos enfermeiros dessa pesquisa, haja visto a complexidade do cuidado ao ser desenvolvido pelos cuidadores no ambiente domiciliar. Há necessidade de contemplar os princípios do PE de interdependência e da integralidade e influências mútuas, a partir das relações e interações que se estabelecem entre o enfermeiro, usuários, familiares e o cuidado em domicílio, após a alta hospitalar.

Considera-se que o objetivo do estudo foi alcançado, contudo entende-se a necessidade de outras pesquisas que avancem nesse conhecimento e utilizem o referencial ecossistêmico. Portanto, permanece o desafio de buscar novos aportes teóricos, filosóficos e metodológicos, à luz do PE, capazes de sustentar a ES na prática profissional do enfermeiro, bem como, a adoção de estratégias que permitam configurar e inter-relacionar as ações educativas ao processo de ensino-aprendizagem do cuidador de usuário com DCNT no ambiente ecossistêmico domiciliar.

As limitações deste estudo referem-se à escassez de pesquisas acerca da ES desenvolvida no ambiente hospitalar, associada as diferentes dimensões do ser humano, ou seja, a partir de uma visão sistêmica da prática educativa.

Referências

Amorim DNP, et al. (2018). Mobile applications for the health and care of elderly. *Rev eletrônica comum. **InfInov Saúde***, 12(1):58-71. doi: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v12i1.1365>

Araújo-Girão AL, et al. (2015). The interaction in clinical nursing education: reflections on care of the person with hypertension. *Rev saúde pública*, 17 (1):47-60. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n1.47789>

Azevedo AP, et al. (2018). Health education for companions of hospitalized patients. *Ver enferm UFPE on line*, 12(4):1168-73. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230649p1168-1173-2018>

Backes DS, et al. (2018). Quality nursing education: a complex and multidimensional phenomenon. *Texto & contexto enferm*, 27(3):e4580016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004580016>

Brasil.(2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: **Ministério da Saúde**. [citado em 2018 dez 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil.(2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. 2012 [citado 2019 mai. 02]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Barello S, et al. (2016). An educational intervention to train professional nurses in promoting patient engagement: a pilot feasibility study. *Front psychol*, 7: 2020. doi: <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2016.02020>

Carvalho DP, Rodrigues RM & Braz E.(2013). Health education strategies directed to caregivers during patient hospitalization. **Acta Paul Enferm (Online)**, 26(5):455-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500008>

Cerezo PG, Juvé-Udina ME, & Delgado-Hito P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. **Rev Esc Enferm USP**, 50(4):664-671. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>

Lavich CRP, et al. (2018). Health education and permanent education: Actions integrating the educational process of nursing. **Rev baiana enferm**, 32:e24719. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.24719>

Mata LRF, et al. (2019). Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. **Rev Esc Enferm USP**, 53:e03421.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>

Malta DC, et al. (2016). Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. **Epidemiol serv saúde**, 25(2):373-390. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>

Minayo MCS. (2014). O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: **Hucitec**.

Nogueira PC, et al. (2016). Health-Related quality of life among caregivers of individuals with spinal cord injury. **J neurosci nurs**, 48(1):28-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0000000000000177>

Pedroso VSM, et al. (2019). The nurse and the model of living of the renal transplanted user: seeking the quality of life. **Rev pesqui cuid fundam**, 11(1): 241-247. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.241-247>

Ramos CFV, et al. (2018). Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. **Rev bras enferm**, 71(3):1144-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>

Sawyer T, et al. (2016). Implementing Electronic Tablet-Based Education of Acute Care Patients. **Crit. care nurse**, 36(1):60-70. doi: [10.4037/ccn2016541](https://doi.org/10.4037/ccn2016541)

Siqueira HCH, et al. (2018). Health of human being in the ecosystem perspective. **Rev enferm. UFPE on line**, 12(2):559-64. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25069p559-564-2018>

Siqueira HCH, et al. (2019). Support networks to user with chronic kidney disease in the ecosystemic perspective. **REME rev min enferm**, 23:e-1169. doi: <http://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20190017>

World Health Organization (WHO). (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: WHO. [cited 2019 Jun 02]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18629en/>

World Health Organization(WHO). (2014). Mortality and burden of disease. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: WHO. [cited 2018 Dec 19]. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1

World Health Organization(WHO). (2018). Global Health Estimates 2016: Disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 200-2016. Geneva: WHO. [cited 2018 Dec 19]. Available from: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

Zamberlan C, et al. (2018). Guidance for children of fathers/mothers with heart disease: possibilities and approaches. **Rev enferm UERJ**, 26:e28057. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.28057>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Saul Ferraz de Paula – 18%

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – 18%

Adriane Calvetti Medeiros – 17%

Rosiane Filipin Rangel – 17%

Sidiane Teixeira Rodrigues – 15%

Vanessa Soares Mendes Pedroso – 15%